

*Шерешева М.Ю., Костанян А.А.*

**Маркетинг отношений в деятельности государственных  
медицинских организаций в изменяющихся рыночных  
условиях**

*Шерешева Марина Юрьевна* — доктор экономических наук, профессор, экономический факультет, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, РФ.

Е-mail: [m.sheresheva@mail.ru](mailto:m.sheresheva@mail.ru)

SPIN-код РИНЦ: [8538-7274](#)

*Костанян Ани Асканазовна* — ассистент, кафедра маркетинга, экономический факультет Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, РФ.

Е-mail: [ani.kostanyan@yandex.ru](mailto:ani.kostanyan@yandex.ru)

SPIN-код РИНЦ: [7343-2954](#)

**Аннотация**

В статье рассматриваются подходы к реализации маркетинга отношений в деятельности амбулаторно-поликлинических организаций государственного сектора здравоохранения. По результатам анализа научных публикаций выделены истоки формирования концепции маркетинга отношений из разных областей знаний. Предложен авторский подход к представлению медицинской услуги, оказываемой государственными медицинскими организациями, как многоуровневого товара-объекта в маркетинге отношений. Разработана концептуальная система цепочки формирования ценности государственной медицинской услуги. Внесены предложения по дальнейшему совершенствованию реализации принципов маркетинга отношений в деятельности государственных медицинских организаций, такие как обучение пациента и развитие персональных брендов врачей.

**Ключевые слова**

Здравоохранение, государственный сектор, амбулаторно-поликлинические организации, усиление конкурентных позиций, маркетинг отношений, персональный бренд врача.

**Введение**

Российская модель здравоохранения на современном этапе находится на переходном этапе модернизации. Изменения затрагивают ключевые элементы функционирования отрасли — принципы финансирования и экономический эффект от перераспределения денежных потоков, систему подготовки, развития и непрерывного образования медицинских кадров, преобразование структуры рынка медицинских услуг, направленное на рост доли частного сектора. Кроме этого, происходит реформирование страхового механизма в здравоохранении, а также реорганизация правового положения государственных медицинских организаций. В совокупности трансформационные механизмы в медицинской отрасли привели к тому, что в системе

государственного здравоохранения наблюдается тенденция движения к рыночному механизму взаимодействия экономических агентов индустрии здоровья<sup>1</sup>.

Представленные рыночные изменения привели к тому, что деятельность государственных медицинских организаций приобретает конкурентные черты, в связи с чем появилась необходимость внедрения принципов маркетинга отношений в государственном секторе здравоохранения. В данной статье указанные процессы будут рассмотрены на примере государственных амбулаторно-поликлинических организаций (далее АПО) как первичном и наиболее масштабном звене оказания медицинской помощи. В данной связи целью исследования является разработка видения медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, как товара-объекта маркетинга отношений для целей усиления конкурентных позиций медицинских организаций государственного сектора в изменяющихся рыночных условиях. В соответствии с заявленной целью в работе освещен подход к представлению медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, как многоуровневого продукта в маркетинге отношений, предложена система формирования ценности государственной медицинской услуги и сформулированы потенциальные пути повышения воспринимаемой пациентом ценности услуги. Работа выполнена с применением логико-исторического метода, метода системного анализа, метода абстрактно-логического анализа, метода информационно-логического моделирования процессов.

Ключевая идея концепции маркетинга отношений состоит в том, что существование взаимоотношений между двумя сторонами при сделке обмена товарами или услугами создает дополнительную ценность как для покупателя, так и для поставителя товара или услуги. Впервые термин «маркетинг отношений» был введен в 1983 г. Л. Берри<sup>2</sup>, а несколькими годами позже, в 1985 г., Б. Джексон<sup>3</sup> впервые применила этот термин в отношении рынка промышленных товаров (B2B). Концепция маркетинга отношений берет свое начало из многих областей знаний:

1. Социология и психология (теория социального обмена, теория социальной сети);

---

<sup>1</sup> Шерешева М.Ю., Костянян А.А. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. 2015. № 4. С. 74–114.

<sup>2</sup> Berry L. Relationship marketing. Chicago: American Marketing Association, 1983.

<sup>3</sup> Jackson B. Build customer relationships that last // Harvard Business Review. 1985. No. 63. P. 120–128.

2. Экономика (теория транзакционных издержек);
3. Право (теория контрактов);
4. Менеджмент и государственное управление (теория зависимости от ресурсов) и др.

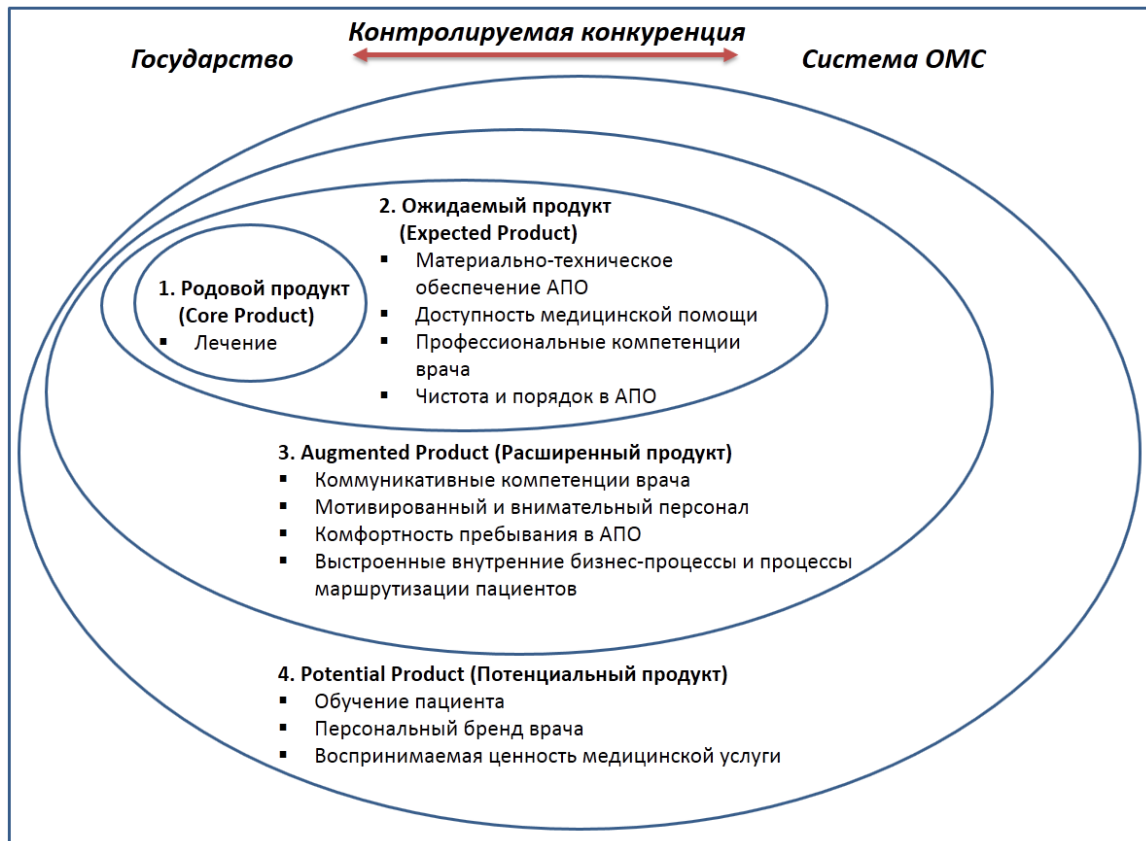
Исследования в сфере маркетинга отношений последних десятилетий<sup>4</sup> ставят своей целью изучение взаимосвязи эффективности маркетинга отношений и качества предоставляемых услуг, необходимости маркетинга отношений в современной корпоративной культуре, методов количественной оценки маркетинга отношений

Модель целостного продукта для медицинских услуг государственных амбулаторно-поликлинических организаций

Медицинская услуга как объект усилий маркетинга отношений, помимо свойств неоднородности, отрицательности, а также асимметрии информации между врачом и пациентом, характеризуется свойством комплексности и высокой степени сложности. Для представления системных элементов комплексной медицинской услуги в рамках ее интерпретации как многоуровневого товара-объекта маркетинга отношений, предложен авторский подход к представлению медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, как интегрированной многоуровневой модели целостного продукта в маркетинге отношений на основе концепции целостного продукта (Total Product Concept) (рис. 1).

---

<sup>4</sup> *Adjei M., Griffith D., Noble S.* When Do Relationships Pay Off for Small Retailers? Exploring Targets and Contexts to Understand the Value of Relationship Marketing // *Journal of Retailing*. 2009. No. 85 (4). P. 493–501; *Eyuboglu N., Buja A.* Quasi-Darwinian Selection in Marketing Relationships // *Journal of Marketing*. 2007. No. 71. P. 48–62; *Griffith D., Harvey M., Lusch R.* Social Exchange in Inter-organizational Relationships: The Resulting Benefits of Procedural and Distributive Justice // *Journal of Operations Management*. 2006. No. 24 (2). P. 85–98; *Hennig-Thurau T., Kevin P., Dwayne D.* Understanding Relationship Marketing Outcomes: An Integration of Relational Benefits and Relationship Quality // *Journal of Service Research*. 2002. No. 4 (3). P. 230–247; *Mullins R., Ahearne M., Lam S., Hall Z., Boichuk J.* Know Your Customer: How Salesperson Perceptions of Customer Relationship Quality Form and Impact Account Profitability // *Journal of Marketing*. 2014. No. 78. P. 38–58; *Rasul T.* Relationship Marketing's Importance in Modern Corporate Culture // *Journal of Developing Areas*. 2018. No. 52 (1). P. 261–268.



**Рисунок 1. Интегрированная многоуровневая модель медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, как товара-объекта в маркетинге отношений<sup>5</sup>**

Итак, исходя из модели Total Product Concept<sup>6</sup>, комплексность медицинской услуги с точки зрения маркетинга отношений можно представить в виде четырехуровневого продукта, каждый из которых характеризуется определенным набором элементов:

**1) Уровень «Родовой (основной) продукт»**

В основе родового продукта лежит стержневая выгода, представляющая собой основную услугу, преимущество или выгоду, приобретаемую потребителем. Для медицинской услуги таковой является непосредственное лечение, оказываемое пациенту, при этом под лечением имеются в виду как законченные случаи лечения (полное выздоровление пациента), так и незаконченные, свойственные, например, лечению пациентов с хроническими заболеваниями.

<sup>5</sup> Источник: составлено авторами.

<sup>6</sup> Levitt T. Marketing Success through Differentiation of Anything // Harvard Business Review. 1980. No. 1. P. 83–91.

## **2) Уровень «Ожидаемый продукт»**

Ожидаемый уровень продукта характеризуется подготовленным производителем набором свойств и условий, которые потребитель ожидает получить при покупке. Для медицинской услуги подобным ожидаемым уровнем служит минимальное материально-техническое обеспечение АПО, необходимое для оказания услуги, и, безусловно, в силу специфичности медицинской услуги, условия гигиены в организации — чистота и порядок в помещении, стерильность используемых расходных медицинских материалов и т.д.

Кроме того, в соответствии с функционированием системы обязательного медицинского страхования, а также Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, пациент ожидает получать доступную медицинскую помощь. Свойство доступности характеризуют временные рамки возможности получения медицинской помощи — оказание помощи «день-в-день» или в ближайшие дни после обращения за медицинской помощью — и возможность получения консультации медицинских специалистов различных профилей, в том числе и редких.

Так как медицинская услуга призвана улучшить состояние здоровья пациента и/или поддерживать его здоровье на стабильном уровне, в ожидаемый уровень продукта включены профессиональные компетенции врача, определяющие качество медицинской помощи<sup>7</sup> и характеризующиеся его знаниями, умениями и опытом в своей области, приобретенные им в ходе получения высшего/среднего медицинского образования, последипломного образования и трудовой профессиональной деятельности.

## **3) Уровень «Расширенный продукт»**

В уровень расширенного продукта включены такие его характеристики, которые превышают ожидания пациента. Для медицинской услуги государственной АПО такими дополнительными свойствами, улучшающими характеристики оказания медицинской услуги и повышающими клиентоориентированность организации<sup>8</sup>, являются, в первую очередь, коммуникативные компетенции врача при его

---

<sup>7</sup> Григорьева Н.С. Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий // Государственное управление. Электронный Вестник. 2015. № 51. С. 34–55. URL: [http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item\\_758](http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item_758) (дата обращения 20.04.2018).

<sup>8</sup> Рожков А.Г., Реязина В.А., Смирнова М.С. Ориентация компании на клиента: результаты эмпирической проверки на примере российского рынка // Российский журнал менеджмента. 2014. Т. 12. № 3. С.33–58.

непосредственном взаимодействии с пациентом, которые на данном уровне дополняют базовые профессиональные компетенции врача. Именно коммуникативные компетенции формируют важный элемент маркетинга отношений, определяют установившуюся степень доверия между врачом и пациентом, определяют, отчасти, и качество лечения, характеризуемое показателем приверженности пациента к лечению как специфичной характеристике маркетинга отношений в медицинской сфере.

Такая базовая характеристика ожидаемого уровня медицинской услуги, как чистота и порядок в АПО, на расширенном уровне также дополняются характеристиками комфортности пребывания в медицинской организации — наличие комфортных мест ожидания, кулера с водой, телевизионных информационных панелей, пандусов для маломобильных пациентов, детских игровых комнат и пр.

Важной характеристикой расширенного уровня продукта является мотивированный и внимательный персонал медицинской организации (помимо врача, непосредственно оказывающего медицинскую услугу). К разным категориям персонала медицинской организации относятся другие врачи, непосредственно не оказывающие медицинскую услугу данному пациенту, средний медицинский персонал, вспомогательный персонал (регистратура, гардероб, буфет и пр.), персонал клинических лабораторий, административный персонал. Большую роль в данной характеристике играет параметр удовлетворенности персонала своей работой и разделения декларируемых ценностей организации как бренда.

Еще одной ключевой характеристикой расширенного уровня медицинской услуги, тесно связанной с уровнем управленческих компетенций руководящего звена медицинской организации<sup>9</sup>, являются выстроенные внутренние бизнес-процессы оказания медицинских услуг с элементами так называемого бережливого здравоохранения (lean healthcare) и процессы маршрутизации пациента в организации. Эти процессы должны характеризоваться свойствами эффективности, бесперебойности и вовлекать имеющиеся ресурсы организации (человеческие, временные, материально-технические и др.) наиболее оптимальным образом для нивелирования или снижения уровня потенциальных ошибок, а также возможных помех и заминок в реализации процессов.

---

<sup>9</sup> Яковлева И.В. Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект // Государственное управление. Электронный вестник. 2016. № 59. С. 168–188. URL: [http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item\\_862](http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item_862) (дата обращения: 01.05.2018).

Принципы бережливого здравоохранения происходят из теории бережливого производства, разработанной в компании Toyota Corporation. Принципы бережливости основаны на предположении о том, что организация состоит из совокупности отдельных подпроцессов, которые должны быть выстроены таким образом, чтобы нивелировать процесс потерь на всех уровнях производства/оказания услуги<sup>10</sup>.

Принципы бережливости были впервые использованы в здравоохранении чуть более 10 лет назад<sup>11</sup>, что говорит о сравнительной новизне данной области исследований.

Тем не менее за это время появилось множество исследований, посвященных изучению факторов, определяющих успешность внедрения принципов бережливости в здравоохранении:

1. Выраженная поддержка руководством организации внедрения принципов бережливости<sup>12</sup>;
2. Определение различных групп потребителей и их ценностей в здравоохранении<sup>13</sup>;
3. Обучение персонала принципам бережливости и вовлечение персонала в эти процессы<sup>14</sup>;
4. Внедрение в систему оценки и поощрения показателей принципов бережливости<sup>15</sup>;
5. Соотнесение спроса с производственными мощностями для улучшения операционных потоков<sup>16</sup>.

---

<sup>10</sup> *Holweg M.* The genealogy of lean production // *Journal of Operations Management*. 2007. No. 25 (2). P. 420–437; *Sugimori Y., Kusunoki K., Cho F., Uchikawa S.* Toyota production system and Kanban system: materialization of just-in-time and respect-for-human system // *International Journal of Production Research*. 1977. No. 15 (6). P. 553–564.

<sup>11</sup> *Carpenter D.* Transforming health care // *Hospitals & Health Networks*. 2011. No. 85 (5). P. 46–50; *Weber D.* Toyota-style management drives Virginia Mason // *Physician Executive*. 2006. No. 32 (1). P. 12–17.

<sup>12</sup> *De Souza L., Pidd M.* Exploring the barriers to lean health care implementation // *Public Money & Management*. 2011. No. 31 (1). P. 59–66; *Radnor Z.* Implementing lean in health care: making the link between the approach, readiness and sustainability // *International Journal of Industrial Engineering and Management*. 2011. No. 2 (1). P. 1–12.

<sup>13</sup> *Hayes K., Reed N., Fitzgerald J.* Who are your lean health customers? Identifying influential lean customers in health services: current practice and insights from stakeholder analysis // *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2010. No. 5 (1). P. 53–61; *Papadopoulos T., Radnor Z., Merali Y.* The role of actor associations in understanding the implementation of lean thinking in healthcare // *International Journal of Operations & Production Management*. 2011. No. 31 (2). P. 167–191.

<sup>14</sup> *Ben-Tovim D., Bassham J., Bolch D., Martin M., Dougherty M., Szwarcbord M.* Lean thinking across a hospital: redesigning care at the flinders medical centre // *Australian Health Review*. 2007. No. 3 (1). P. 10–15.

<sup>15</sup> *Kollberg B., Dahlgaard J., Brehmer P.* Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings // *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2006. No. 56 (1). P. 7–24.

#### **4) Уровень «Потенциальный продукт»**

В уровень потенциального продукта включаются те дополнения и трансформации существующего товара, которые представляют собой потенциальные дальнейшие направления усовершенствования товара в сторону поиска новых способов удовлетворения потребителей. Для медицинских услуг в качестве направлений дальнейшего усовершенствования были выделены такие факторы, как обучение пациента, развитие персонального бренда врача и совместное формирование цепочки воспринимаемой ценности медицинской услуг для пациента.

#### ***Повышение воспринимаемой пациентом ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО***

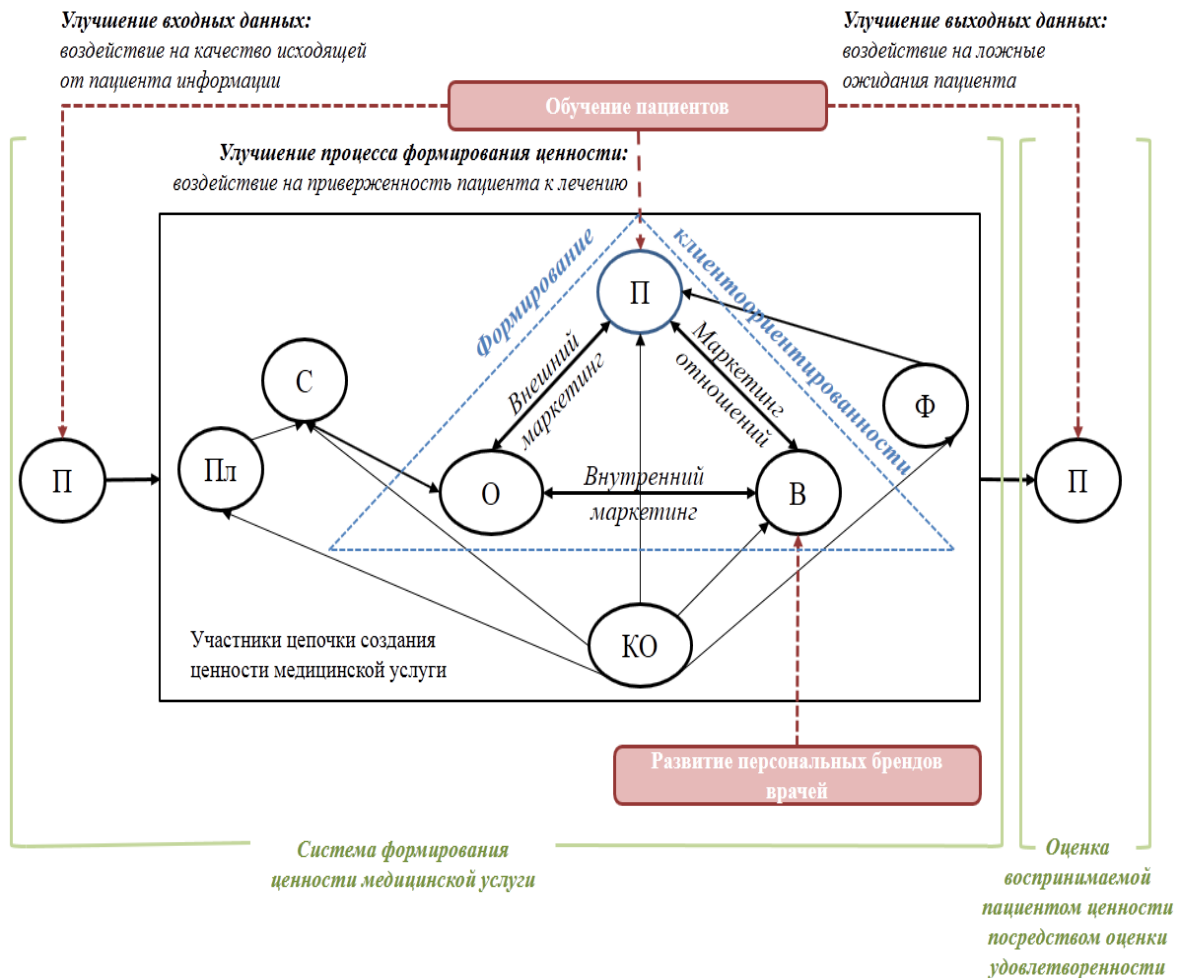
Центральным звеном маркетинга отношений является построение цепочки создания ценности для клиента, которая в конечном итоге формирует воспринимаемую клиентом ценность товара или услуги (для целей данного исследования — воспринимаемую пациентом ценность медицинской услуги). В связи с этим разработана концептуальная модель цепочки создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, схематически представленная на рис. 2. В качестве компонент системно-логической модели приняты следующие:

1. Пациенты.
2. Медицинский персонал организаций здравоохранения.
3. Амбулаторно-поликлинические государственные медицинские организации.
4. Страховые медицинские компании.
5. Плательщики, формирующие денежный фонд обязательного медицинского страхования.
6. Фармацевтическая индустрия.
7. Государственные контрольно-надзорные регулирующие органы в сфере здравоохранения.

---

<sup>16</sup> *Cinite I., Duxbury L., Higgins C.* Measurement of perceived organizational readiness for change in the public sector // *British Journal of Management*. 2009. No. 20 (2). P. 265–277.





**Рисунок 2. Концептуальная системно-логическая модель цепочки создания ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО<sup>1</sup>**

Цепочка создания ценности медицинской услуги состоит из непосредственно системы формирования ценности медицинской услуги и пациента как итогового объекта формирования воспринимаемой ценности. Рассмотрим обе указанных составляющие более подробно.

Система формирования ценности медицинской услуги включает в себя входные данные в виде первоначального (долечebного) состояния здоровья пациента и собственно процесса создания ценности медицинской услуги. В процессе создания ценности медицинской услуги краеугольное место занимает трехстороннее взаимодействие ключевых компонент — пациентов, медицинских сотрудников и АПО:

<sup>1</sup> Источник: составлено авторами.

1. взаимодействие медицинских организаций и пациентов — реализация принципов внешнего маркетинга;
2. взаимодействие медицинских организаций и медицинских сотрудников — реализация принципов внутреннего маркетинга;
3. взаимодействие медицинских сотрудников и пациентов — реализация принципов маркетинга отношений как симбиоза внешнего и внутреннего маркетинга.

Именно в рамках данного трехстороннего взаимодействия формируется уровень клиентоориентированности оказания медицинской услуги, который выступает показателем реализации маркетинга отношений в организации.

Если в указанном трехстороннем взаимодействии имеет место взаимовлияние компонент друг на друга, то другие компоненты системы формирования ценности медицинской услуги взаимодействуют друг с другом как в двустороннем, так и в одностороннем порядке. Так, деятельность медицинских организаций напрямую связана с деятельностью медицинских страховых компаний, которые, свою очередь, зависят от поступлений в Фонд обязательного медицинского страхования, формируемый выплатами налогоплательщиков, что является внешним ограничением для деятельности медицинских организаций. Кроме того, на состояние здоровья пациента и на профессиональную деятельность медицинских сотрудников оказывает непосредственное влияние фармацевтическая индустрия, которая способна воздействовать на формирование и на степень приверженности пациента к лечению как специфичного показателя маркетинга отношений в медицинской сфере.

В свою очередь, деятельность всех агентов индустрии здоровья подчиняется регламентирующим нормативно-правовым актам, следование которым регулируется государственными контрольными органами в здравоохранении.

Что касается конечного этапа цепочки формирования ценности медицинской услуги, то, как уже было отмечено, им является конечное/промежуточное (послелечебное) состояние здоровья пациента. В конечном итоге пациент формирует собственную воспринимаемую ценность услуги. Воспринимаемая пациентом ценность медицинской услуги может быть оценена посредством уровня его удовлетворенности. Это положено в основу проведенного эмпирического исследования оценки уровня удовлетворенности пациентов и факторов, формирующих удовлетворенность.

В случае эффективной работы цепочки создания ценности, внедрения и применения принципов маркетинга отношений воспринимаемая пациентом ценность должна совпадать с ценностью, созданной в процессе работы цепочки. Тем не менее на воспринимаемую пациентом ценность воздействуют другие внешние факторы, снижая фактическую ценность медицинской услуги. В частности, одним из таких факторов могут стать ложные ожидания пациента от процесса оказания медицинской услуги.

Для повышения эффективности цепочки создания ценности медицинской услуги и повышения воспринимаемой пациентом ценности медицинской услуги были предложены два перспективных направления развития маркетинга отношений в государственном здравоохранении, также обозначенные на системно-логической модели, — обучение пациентов и развитие персональных брендов врачей.

### ***1. Обучение пациентов***

Вследствие того, что пациент является ключевым элементом на всех этапах цепочки формирования ценности медицинской услуги, для эффективной реализации принципов маркетинга отношений необходимо акцентировать внимание на элементах обучения пациентов. При этом на каждом этапе обучение пациентов имеет дифференцированное назначение и результат:

1. *на уровне входных данных:* обучение пациента необходимо для воздействия на качество исходящей от пациента информации. Так как комплексный процесс диагностирования заболевания, постановки диагноза и лечения построен на описании пациентом корректных симптомов и жалоб, а также зависит от стадии выявления заболевания (то есть от срока, в течение которого пациент обратится в медицинскую организацию), необходимо проводить обучение пациентов для своевременного прохождения скрининговых медицинских исследований, понимания собственных заболеваний и корректного описания ключевых, а не сопутствующих и второстепенных, симптомов, что позволит более оперативно сформировать план лечения и подойти к его реализации;
2. *на уровне процесса создания ценности:* обучение пациента необходимо для повышения приверженности пациента к лечению, что позволит в более сжатые сроки достичь итогового/промежуточного результата лечения. Приверженность пациента к лечению также является специфичным показателем маркетинга отношений в здравоохранении,

формируется в результате взаимодействия врача с пациентом и зависит от силы персонального бренда врача и степени его влияния на поведение пациента. При этом под приверженностью к лечению подразумевается как следование медикаментозной терапии, так и следование рекомендациям врача по принципам здорового образа жизни — физическая нагрузка, питание и пр.;

3. *на уровне выходных данных:* обучение пациента необходимо для развенчивания ложных ожиданий пациента от процесса и результата оказания медицинской услуги, проистекающих из ложного представления о необоснованных и неэффективных методах лечения, не базирующихся на принципах доказательной медицины.

Указанные три направления обучения пациентов на всех этапах цепочки формирования ценности медицинской услуги способствуют переходу от патерналистской модели оказания медицинской услуги к оказанию медицинской услуги с разделением ответственности между врачом и пациентом и активным вовлечением пациента в достижение итогового позитивного результата.

## ***2. Развитие персональных брендов врачей***

В изменяющихся рыночных условиях российского здравоохранения, приводящих к росту конкуренции в государственном секторе и изменяющих финансирование системы, медицинский персонал становится ключевым конкурентным преимуществом медицинской организации, способным существенно усилить организационный бренд. В связи с этим формирование и развитие персональных брендов врачей, которые, в определенных условиях, превалируют над организационным брендом, становится перспективным направлением развития маркетинга отношений в здравоохранении.

### ***Обучение пациента в реформе российского здравоохранения***

Необходимость обучения пациентов в современных условиях российского здравоохранения обусловлена двумя ключевыми аспектами: наделяние пациента необходимыми знаниями и навыками о поддержании и повышении уровня качества жизни и развенчивание ложных ожиданий пациента о процессе оказания медицинской помощи. Первый аспект направлен на переход от патерналистской модели оказания медицинской помощи к модели разделения ответственности и участия пациента в процессе принятия решений об улучшении состояния здоровья. Второй аспект

направлен на предотвращение потенциального снижения уровня удовлетворенности пациента вследствие не соответствующего ожиданиям процесса и результата оказания медицинской помощи. При этом речь идет не об ожиданиях пациента по поводу высокого уровня профессионализма врача, его знаний и навыков, не о сервисной составляющей оказания медицинской услуги, которые, безусловно, должны быть на соответствующем уровне, а о спросе со стороны пациента на неэффективные, бездоказательные методы лечения, в том числе и оперативные вмешательства, которые по тем или иным причинам являются в сознании пациентов (в частности, в зрелой и старшей возрастной категории) устойчивыми моделями «лечения» заболеваний, хотя в действительности не приносят обоснованной пользы для состояния здоровья пациента, а также расходуют ресурсы здравоохранения неэффективным способом. В силу патерналистского характера здравоохранения, который на сегодняшний день сложился в стране, в частности в регионах, ложные ожидания пациентов, способствующие формированию спроса на подобные бездоказательные способы лечения, рождают предложение таких медицинских услуг, снижая эффективность медицинской отрасли и ее совокупный социальный результат в национальных масштабах.

Таким образом, обучение пациентов должно носить, в том числе, просветительский и пропагандистский характер, прививая пациентам культуру здорового и активного образа жизни, профилактических медицинских мероприятий и перехода к мышлению по принципам доказательной медицины.

Потенциальным результирующим эффектом обучения пациентов является повышение уровня удовлетворенности пациентов как показателя маркетинга отношений, повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, улучшение состояния здоровья и качества жизни населения.

Обучение пациента должно представлять собой комплексную программу действий, основанную на принципах междисциплинарного подхода, поэтому не может быть ограничено исключительного зоной ответственности и обязанности медицинских специалистов. Для этих целей должны быть задействованы различные каналы коммуникации для взаимодействия с различными целевыми аудиториями, каковыми могут быть пациенты. Не менее важным является взаимодействие и работа со здоровым населением, с усилением профилактической направленности мероприятий.

Ключевые факторы, направления и формы обучения пациентов в условиях российского здравоохранения представлены на рис. 3.



**Рисунок 3. Факторы, направления и формы обучения пациентов в условиях российского здравоохранения<sup>2</sup>**

***Развитие персональных брендов врачей***

В развитии персонального бренда врача огромную роль играет его медиаактивность и действия, предпринимаемые в интернет-пространстве для

<sup>2</sup> Источник: составлено авторами

увеличения узнаваемости, авторитета врача не только среди пациентов, но и, что не менее важно, в профессиональном сообществе.

Помимо общеизвестных социальных сетей большую популярность в мире набирают профильные социальные сети для специалистов из определенной области, в том числе и профессиональные социальные сети для медицинских специалистов. В России подобные медиа также существуют и активно развиваются (табл. 1).

**Таблица 1. Основные профессиональные социальные сети врачей в России<sup>3</sup>**

№	Название социальной сети	Описание социальной сети	Число пользователей <sup>4</sup> , чел.	Доля зарегистрированных в сети пользователей <sup>5</sup>
1	«Доктор на работе» <sup>6</sup>	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	509 167	60%
2	«Врачи РФ» <sup>7</sup>	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	491 871	57%
3	«Врачи вместе» <sup>8</sup>	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	66 154	8%
4	«Эврика» <sup>9</sup>	Профессиональная социальная сеть для врачей разных специальностей	54 165	6%
5	СТОМАТИКЛ <sup>10</sup>	Профессиональная социальная сеть врачей стоматологов	22 145	28%*

Таким образом, в России уже есть профессиональные социальные сети, охватывающие около половины всех зарегистрированных в стране врачей всех специальностей.

Какие преимущества существуют для медицинских специалистов от участия в социальной сети и как это может повлиять на продвижение персонального бренда врача и, как следствие, на уровень клиентоориентированности медицинской организации, сотрудником которой данный врач является? На наш взгляд, можно выделить три основных фактора, оказывающих позитивное влияние на формирование и продвижение персонального бренда врача:

<sup>3</sup> Источник: составлено авторами на основе указанных электронных источников.

<sup>4</sup> По состоянию на январь 2018 г.

<sup>5</sup> От общего числа врачей в России по состоянию на январь 2018 г.

<sup>6</sup> «Доктор на работе» / [Электронный ресурс] URL: <https://www.doktornarabote.ru> (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>7</sup> «Врачи РФ» / [Электронный ресурс] URL: <http://vrachirf.ru/> (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>8</sup> «Врачи вместе» / [Электронный ресурс] URL: <http://vrachivmeste.ru/> (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>9</sup> «Эврика» / [Электронный ресурс] URL: <https://www.evrika.ru/> (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>10</sup> СТОМАТИКЛ / [Электронный ресурс] URL: <http://www.stomarticle.ru> (дата обращения: 01.05.2018).

1. *образовательный фактор*: возможность получения лекций, новостей медицины, научных статей по интересующей тематике (в некоторых социальных сетях врачам предлагаются вознаграждения и бонусы за предоставление материалов статей и научных публикаций), переводов статей ведущих зарубежных авторов, возможность отслеживать анонсы будущих конференций, возможность удаленного участия в конференциях и семинарах, просмотра видеозаписей прошедших конференций, научных выступлений, просмотр видеозаписей сложнейших хирургических операций, повышение образовательного уровня врачей в области фармакологии и фармакотерапии. Данный фактор особенно актуален для специалистов, работающих в отдаленных регионах, в небольших населенных пунктах, где подобные крупные научно-образовательные мероприятия не проводятся;

2. *профессиональное общение и обмен опытом*: обсуждение клинических случаев с более опытными коллегами, симптомов заболеваний, вариантов лекарственной и других видов терапии, наращивание авторитета среди профессионалов своей специальности, возможность получить ответ на интересующий вопрос;

3. *интернет-площадка квалифицированного рынка труда медицинских специалистов*: хорошие рейтинги и авторитет среди соратников выгодно выделяет медицинского специалиста как потенциального работника для работодателя. В подобных социальных сетях зарегистрированы многие руководители медицинских организаций, которые предпочитают вести поиск персонала именно на таких профессиональных площадках.

Если говорить о мировых тенденциях развития профессиональных медицинских сетей, то наблюдается консолидация и создание новых международных альянсов с ведущими зарубежными профессиональными социальными сетями для врачей, такими как Sermo<sup>11</sup>, Doc2Doc<sup>12</sup>, Ozmosis<sup>13</sup>, Healtheva<sup>14</sup> и другие.

Как уже было отмечено, подобные медицинские социальные сети в силу своего закрытого характера способствуют продвижению персонального бренда врача среди своих коллег в профессиональной среде, но не среди пациентов. Для повышения узнаваемости и авторитета врача среди пула пациентов необходимо активное участие

---

<sup>11</sup> Sermo / [Электронный ресурс] URL: [www.sermo.com](http://www.sermo.com) (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>12</sup> Doc2Doc / [Электронный ресурс] URL: [www.doc2doc.com](http://www.doc2doc.com) (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>13</sup> Ozmosis / [Электронный ресурс] URL: [www.ozmosis.com](http://www.ozmosis.com) (дата обращения: 01.05.2018).

<sup>14</sup> Healtheva / [Электронный ресурс] URL: [www.healtheva.com](http://www.healtheva.com) (дата обращения: 01.05.2018).



врача в открытых социальных сетях и сообществах с использованием различных вариантов проведения консультаций пациентов.

Таким образом, на данный момент в России уже сформировались профессиональные медицинские социальные сети, охватывающие большую долю реальных практикующих врачей всех специальностей. Данный факт способствует активному формированию и продвижению персональных брендов врачей. Кроме того, существуют широкие возможности для повышения репутации врача и имиджа медицинской организации, сотрудником которой он является, также и в общедоступных социальных сетях «ВКонтакте», Facebook и пр.

### ***Заключение***

В связи с изменяющимися рыночными условиями функционирования отрасли здравоохранения в государственном секторе, основанном на принципах работы системы обязательного медицинского страхования, наблюдаются тенденция к росту конкуренции и, как следствие, возникновение борьбы за пациента, за объем оказания медицинской помощи, а также тенденция движения к рыночному механизму взаимодействия. В данной связи актуализировалось применение идей теории и практики маркетинга отношений как основы взаимодействия врача и пациента.

На основе предложенного подхода к представлению медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, как товара-объекта маркетинга отношений выделены элементы каждого уровня, реализация которых способствует повышению клиентоориентированности медицинской организации. Кроме того, в рамках предложенной концептуальной модели формирования воспринимаемой пациентом ценности медицинской услуги, оказываемой государственными АПО, обоснованы дальнейшие пути совершенствования ценностного предложения, такие как междисциплинарная система обучения пациента и развитие персональных брендов врачей.

Осуществление предложенных мероприятий позволит не только эффективно реализовать принципы маркетинга отношений в деятельности государственных АПО, но и будет способствовать повышению эффективности здравоохранения посредством снижения напряженности на рынке труда, повышения рациональности расходования средств здравоохранения с использованием принципов доказательной медицины, усиления конкурентных преимуществ медицинской организации.

**Список литературы:**

1. «Врачи вместе» / [Электронный ресурс] URL: <http://vrachivmeste.ru/> (дата обращения: 01.05.2018).
2. «Врачи РФ» / [Электронный ресурс] URL: <http://vrachirf.ru/> (дата обращения: 01.05.2018).
3. Григорьева Н.С. Мониторинг качества работы медицинских организаций: методологический комментарий // Государственное управление. Электронный Вестник. 2015. № 51. С. 34–55. URL: [http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item\\_758](http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item_758) (дата обращения 20.04.2018).
4. «Доктор на работе» / [Электронный ресурс] URL: <https://www.doktornarabote.ru> (дата обращения: 01.05.2018).
5. Рожков А.Г., Ребязина В.А., Смирнова М.С. Ориентация компании на клиента: результаты эмпирической проверки на примере российского рынка // Российский журнал менеджмента. 2014. Т. 12. № 3. С.33–58.
6. СТОМАРТИКЛ / [Электронный ресурс] URL: <http://www.stomarticle.ru> (дата обращения: 01.05.2018).
7. Шерешева М.Ю., Костянян А.А. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. 2015. № 4. С. 74–114.
8. «Эврика» / [Электронный ресурс] URL: <https://www.evrika.ru/> (дата обращения: 01.05.2018).
9. Яковлева И.В. Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект // Государственное управление. Электронный вестник. 2016. № 59. С. 168–188. URL: [http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item\\_862](http://e-journal.spa.msu.ru/vestnik/item_862) (дата обращения: 01.05.2018).
10. Adjei M., Griffith D., Noble S. When Do Relationships Pay Off for Small Retailers? Exploring Targets and Contexts to Understand the Value of Relationship Marketing // Journal of Retailing. 2009. No. 85 (4). P. 493–501.
11. Ben-Tovim D., Bassham J., Bolch D., Martin M., Dougherty M., Szwarcbord M. Lean thinking across a hospital: redesigning care at the flinders medical centre // Australian Health Review. 2007. No. 3 (1). P. 10–15.
12. Berry L. Relationship marketing. Chicago: American Marketing Association, 1983.
13. Carpenter D. Transforming health care // Hospitals & Health Networks. 2011. No. 85 (5). P. 46–50.
14. Cinite I., Duxbury L., Higgins C. Measurement of perceived organizational readiness for change in the public sector // British Journal of Management. 2009. No. 20 (2). P. 265–277.

15. *De Souza L., Pidd M.* Exploring the barriers to lean health care implementation // *Public Money & Management*. 2011. No. 31 (1). P. 59–66.
16. Doc2Doc / [Электронный ресурс] URL: [www.doc2doc.com](http://www.doc2doc.com) (дата обращения: 01.05.2018).
17. *Eyuboglu N., Buja A.* Quasi-Darwinian Selection in Marketing Relationships // *Journal of Marketing*. 2007. No. 71. P. 48–62.
18. *Griffith D., Harvey M., Lusch R.* Social Exchange in Inter-organizational Relationships: The Resulting Benefits of Procedural and Distributive Justice // *Journal of Operations Management*. 2006. No. 24 (2). P. 85–98.
19. *Hayes K., Reed N., Fitzgerald J.* Who are your lean health customers? Identifying influential lean customers in health services: current practice and insights from stakeholder analysis // *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2010. No. 5 (1). P. 53–61.
20. Healtheva / [Электронный ресурс] URL: [www.healtheva.com](http://www.healtheva.com) (дата обращения: 01.05.2018).
21. *Hennig-Thurau T., Kevin P., Dwayne D.* Understanding Relationship Marketing Outcomes: An Integration of Relational Benefits and Relationship Quality // *Journal of Service Research*. 2002. No. 4 (3). P. 230–247.
22. *Holweg M.* The genealogy of lean production // *Journal of Operations Management*. 2007. No. 25 (2). P. 420–437.
23. *Jackson B.* Build customer relationships that last // *Harvard Business Review*. 1985. No. 63. P. 120–128.
24. *Kollberg B., Dahlgaard J., Brehmer P.* Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings // *International Journal of Productivity and Performance Management*. 2006. No. 56 (1). P. 7–24.
25. *Levitt T.* Marketing Success through Differentiation of Anything // *Harvard Business Review*. 1980. No. 1. P. 83–91.
26. *Mullins R., Ahearne M., Lam S., Hall Z., Boichuk J.* Know Your Customer: How Salesperson Perceptions of Customer Relationship Quality Form and Impact Account Profitability // *Journal of Marketing*. 2014. No. 78. P. 38–58.
27. Ozmosis / [Электронный ресурс] URL: [www.ozmosis.com](http://www.ozmosis.com) (дата обращения: 01.05.2018).
28. *Papadopoulos T., Radnor Z., Merali Y.* The role of actor associations in understanding the implementation of lean thinking in healthcare // *International Journal of Operations & Production Management*. 2011. No. 31 (2). P. 167–191.

29. *Radnor Z.* Implementing lean in health care: making the link between the approach, readiness and sustainability // International Journal of Industrial Engineering and Management. 2011. No. 2 (1). P. 1–12.
30. *Rasul T.* Relationship Marketing's Importance in Modern Corporate Culture // Journal of Developing Areas. 2018. No. 52 (1). P. 261–268.
31. Sermo / [Электронный ресурс] URL: [www.sermo.com](http://www.sermo.com) (дата обращения: 01.05.2018).
32. *Sugimori Y., Kusunoki K., Cho F., Uchikawa S.* Toyota production system and Kanban system: materialization of just-in-time and respect-for-human system // International Journal of Production Research. 1977. No. 15 (6). P. 553–564.
33. *Weber D.* Toyota-style management drives Virginia Mason // Physician Executive. 2006. No. 32 (1). P. 12–17.

*Sheresheva M.Y., Kostanyan A.A.*

## **Relationship Marketing in Public Health Care Organizations in Changing Market Conditions**

*Marina Y. Sheresheva* — DSc (Econ.), Professor, Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University, Moscow, the Russian Federation.

E-mail: [m.sheresheva@mail.ru](mailto:m.sheresheva@mail.ru)

*Ani A. Kostanyan* — assistant, Department of marketing, Faculty of Economics, Lomonosov Moscow State University, Moscow, the Russian Federation.

E-mail: [ani.kostanyan@yandex.ru](mailto:ani.kostanyan@yandex.ru)

### **Annotation**

The article examines approaches to the realization of relationship marketing in the activity of outpatient polyclinic organizations of the public health care. Based on the results of the scientific publications analysis, the origins of the relationship marketing concept formation in different fields of knowledge are highlighted. The author's approach to the presentation of state medical services as a multi-level object in the relationship marketing is offered. The concept of the value chain formation of state medical services has been developed. As a result, there have been made proposals for further improvements in the implementation of the relationship marketing principles in the activities of public health organizations, such as patient education and developing personal brands of doctors.

### **Keywords**

Health care, public sector, outpatient polyclinic organizations, strengthening of competitive positions, relationship marketing, personal brand of a doctor.